Deutscher Bundestag **Drucksache 17/981**

17. Wahlperiode 09. 03. 2010

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Ferner, Bärbel Bas, Dr. Edgar Franke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/678 –

Starker Anstieg der Prämien in der privaten Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit vielen Jahren wachsen die Prämien der privaten Krankenversicherung (PKV) annähernd doppelt so schnell wie vergleichbare Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. Obwohl die PKV in einer Reihe von Bereichen von Kosten senkenden bzw. Kosten begrenzenden Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie den Festbeträgen im Arzneimittelbereich oder der Anwendung der Fallpauschalen der GKV in der stationären Versorgung profitiert, ist der drastische Prämienanstieg weiterhin ungebrochen. Insbesondere immer mehr ältere Versicherte haben daher unter zum Teil zweistelligen Prämiensteigerungen zu leiden. Während die PKV sich offiziell selbst als „zukunftsträchtiges System“ bezeichnet, wird aufgrund der ökonomischen Situation in den konzernangehörigen Versicherungen längst über eine Abwicklung dieses Systems nachgedacht, da offenbar die Gewinnerwartungen – erst Recht in der aktuellen schweren Krise der Finanzmärkte – nicht dauerhaft erfüllt werden können.

1. Welche Studien bzw. Veröffentlichungen zur Entwicklung der Prämien der PKV im Zeitraum ab 1990 oder später sind der Bundesregierung bekannt, und welche wesentlichen Ergebnisse haben diese Studien, insbesondere im Vergleich zur GKV?

Die Ausgaben- und Prämienentwicklung in der PKV ist Gegenstand diverser Studien und Veröffentlichungen; zu verweisen ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die zusammenfassende Darstellung im Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004.

Ein sachgerechter Vergleich der Entwicklung der Prämien in der PKV und der Beiträge in der GKV ist nur schwer möglich, denn die Finanzierung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung beruht auf sehr unterschiedlichen Prinzipien: Während die Prämien in der auf dem Kapitaldeckungsprinzip beruhenden PKV risikogerecht kalkuliert werden, bemessen sich die Beiträge in der umlage-

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 5. März 2010 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

finanzierten GKV grundsätzlich am jeweiligen Einkommen; hinzu kommt dort – im Gegensatz zur PKV – ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss. Auch ausgabenseitig bestehen zahlreiche Unterschiede.

2. Welche wesentlichen Ursachen für den Beitragsanstieg nennen diese Studien?

In der Literatur werden hierfür vielfältige Ursachen verantwortlich gemacht, so z. B. Kostenentwicklungen, Veränderungen im Leistungskatalog sowie der demografische Wandel.

3. Verfügt die Bundesregierung über eigene Erkenntnisse zum Beitragsanstieg in der PKV, und wenn ja, welche?

In der PKV existieren über 5000 Einzeltarife. Beitragssteigerungen hängen sehr stark mit der Ausgestaltung dieser Tarife zusammen. Allgemeingültige Aussagen sind daher nicht möglich.

Allgemeine Aussagen lassen sich dagegen zur Steigerung der von der PKV erbrachten Leistungen treffen. Nach Statistiken der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) ergaben sich für den Zeitraum 1998 bis 2008 folgende durchschnittliche jährliche Steigerungsraten der Leistungen pro versicherter Person:

Ambulant	ca. 4,0 Prozent
Stationär	ca. 4,5 Prozent

4. Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse dieser Studien, und welche Konsequenzen will sie ggf. daraus ziehen?

Auf die Antworten zu den Fragen 1 und 31 wird verwiesen.

5. Welche Erfahrungen über die Praxis der laut § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes gegebenen Möglichkeit des jederzeitigen Wechsels in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz eines Krankenversicherers z. B. bei Prämienerhöhungen liegen der Bundesregierung vor?

   Sieht sie hier Bedarf für gesetzliche Änderungen, insbesondere mit Blick auf mehr Transparenz für die Versicherten über die Existenz solcher Tarife?

Seit dem Jahr 1994 räumt das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dem Versicherten das Recht ein, in andere Tarife seines Krankenversicherungsunternehmens mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Damit wird der Zweck verfolgt, insbesondere die älteren Versicherungsnehmer vor der sog. Vergreisung von Beständen infolge von Tarifschließungen für das Neugeschäft zu schützen.

Der Versicherungsnehmer wird von dem Tarifwechselrecht nur dann Gebrauch machen, wenn er über sein Recht und für ihn geeignete Tarife informiert wird. Daher verlangt § 6 Absatz 2 Satz 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung, dass ältere Versicherte bei einer Beitragsanpassung auf die für sie besonders günstigen Tarife des abgelaufenen Geschäftsjahres mit gleichartigem Versicherungsschutz hinzuweisen sind.

Darüber hinaus achtet die BaFin darauf, dass das Tarifwechselrecht der Versicherten nicht eingeschränkt wird. Die BaFin hat aktuell einen pauschalen Risikozuschlag zulasten von Tarifwechslern bei einem Krankenversicherer unter-

sagt. Das Verfahren ist beim Bundesverwaltungsgericht anhängig (siehe auch das erstinstanzliche Urteil des Verwaltungsgerichts Frankfurt vom 23. Juli 2009; VersR 2009, S. 1389 ff.).

6. Auf welche wesentlichen Leistungsbereiche (ambulante haus- bzw. fachärztliche Versorgung, Arzneimittelversorgung, stationäre Versorgung) geht nach Kenntnis der Bundesregierung der drastische Kostenanstieg der Prämien zurück (bitte nach Leistungsbereichen untergliedern)?

Nach den Branchenangaben 2008/2009 beruht der gegenüber der GKV stärkere Kostenanstieg insbesondere auf den Leistungsbereichen der ambulanten und der Zahnbehandlung sowie auf dem Leistungsbereich der Arzneien und Verbandmittel.

7. Plant die Bundesregierung, wie von der PKV gefordert, mit gesetzlichen Maßnahmen gegen die Tendenz in der stationären Versorgung vorzugehen, wonach durch sogenannte Ausgründungen von Privatkliniken aus Plankrankenhäusern die dort vorgesehene Abrechnung nach den Fallpauschalen der GKV umgangen wird, um so wesentlich höhere Preise in Rechnung stellen zu können?

Gesicherte Erkenntnisse darüber, dass in der stationären Versorgung in nennenswertem Umfang durch sog. Ausgründung von Privatkliniken aus Plankrankenhäusern die dort vorgesehene Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen umgangen wird, liegen der Bundesregierung zurzeit nicht vor. Es gibt aber Hinweise darauf, dass Krankenhäuser so verfahren. Dies wird zu prüfen sein.

8. Wann wird die Bundesregierung den bereits in der letzten Legislaturperiode erarbeiteten Entwurf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorlegen, und wird diese Gebührenordnung wie von der PKV gefordert, eine Öffnungsklausel enthalten, die es den Versicherern erlauben würde, für zahnärztliche Leistungen abweichende Preise zu vereinbaren?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Arbeiten zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte wieder aufgenommen. Ein neuer Entwurf wird in einer vom BMG gebildeten Arbeitsgruppe mit Vertretern der Zahnärzteschaft, der PKV und der Beihilfekostenträger vorbereitet. Im Rahmen des Novellierungsverfahrens wird im Gesamtzusammenhang darüber zu beraten sein, wie die berechtigten Interessen der Patienten, der Zahnärzte und der Kostenträger in ein vernünftiges Gleichgewicht gebracht werden können. In diesem Zusammenhang wird auch die Forderung nach einer sog. Öffnungsklausel zu diskutieren sein. Ziel ist es, möglichst innerhalb eines Jahres einen neuen Referentenentwurf vorzulegen.

9. Wann wird die Bundesregierung einen Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorlegen, und wird diese Gebührenordnung wie von der PKV gefordert, eine Öffnungsklausel enthalten, die es den Versicherern erlauben würde, für ärztliche Leistungen abweichende Preise zu vereinbaren?

Der Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte wird vom BMG im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Zusammenarbeit mit Vertretern der Ärzteschaft und der Kostenträger (private Krankenversicherung und Beihilfekostenträger) vorbereitet. Im Hinblick auf die sog. Öffnungsklausel gelten die Ausführungen zur GOZ in der Antwort zu Frage 8.

10. Wie soll die laut Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vorgesehene klarere Abgrenzung zwischen GKV und PKV bei den Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung genau aussehen, und in welcher Weise sollen die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen verändert werden?

Eine trenngenauere Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei den von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Wahltarifen und die Zusammenarbeit von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen sind wichtige Ziele. Die notwendigen Schritte wird die Bundesregierung eingehend prüfen. Das Ergebnis dieser Prüfung bleibt abzuwarten.

11. Wie hat sich die Bevölkerung sowie die Gesamtzahl der GKV- und PKV-Versicherten seit dem Jahr 2000 bis 2009 jährlich entwickelt, und wie fiel der Wechselsaldo zwischen GKV und PKV in jedem Jahr aus?

Die gewünschten Angaben lassen sich den folgenden Tabellen entnehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Wechsel vom einen in das andere System jeweils nur unter bestimmten, gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen möglich ist.

Jahr	Bevölkerung (in 1.000)
2000	82.260
2001	82.440
2002	82.537
2003	82.532
2004	82.501
2005	82.438
2006	82.315
2007	82.218
2008	82.002

Quelle: Statistisches Bundesamt
Angaben für 2009 liegen noch nicht vor.

Jahr	Versicherte mit Krankenvollversicherung in der PKV, in Mio.[1]	Versicherte in der GKV in Mio.[2]
2000	7,49	71,26
2001	7,71	70,95
2002	7,92	70,78
2003	8,11	70,40
2004	8,26	70,24
2005	8,37	70,54
2006	8,49	70,36
2007	8,55	70,34
2008	8,62	70,21
2009	8,74	70,00

[1] 2000-2008: Jahresende; 2009: 30. Juni, [2] jeweils 1. Oktober
Quellen: PKV, BMG

Jahr	Personenwechsel GKV - PKV		
	Übertritte zur PKV	Abgänge zur GKV	Differenz
2000	325.000	148.600	176.400
2001	360.700	147.500	213.200
2002	362.000	129.800	232.200
2003	338.000	130.400	208.000
2004	297.500	126.700	170.800
2005	274.500	154.200	120.300
2006	284.700	143.900	140.800
2007	233.700	154.700	79.000
2008	244.900	151.000	93.900

Quelle: PKV

12. Warum will die Bundesregierung die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte „Drei-Jahres-Wechsel-Frist“ für freiwillig Versicherte wieder auf ein Jahr reduzieren, und welche finanziellen Belastungen sind damit für die GKV verbunden?

Die Rücknahme der Drei-Jahres-Wechsel-Frist in der GKV für Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze gibt den Mitgliedern ihr bisheriges Wahlrecht zurück. Künftig können sie bereits wieder am Jahresende eigenverantwortlich über ihren Versicherungsschutz entscheiden, wenn ihr Einkommen erstmalig im laufenden Jahr die Versicherungspflichtgrenze übersteigt und auch im kommenden Jahr übersteigen wird.

Die finanziellen Wirkungen der Wiederherstellung der alten Wechselfrist hängen von der Inanspruchnahme dieser Option ab; sie lassen sich daher nicht genau quantifizieren. In einer Studie des IGES-Instituts (Albrecht u. a. 2007, S. 20) wurde die Reduzierung des wechselbedingten Mittelabflusses aus der GKV nach Einführung der Drei-Jahres-Regelung auf netto 180 Mio. Euro jährlich geschätzt. In der Studie wird jedoch nicht berücksichtigt, dass sich auf mittlere bis lange Sicht ganz andere Belastungswirkungen ergeben können. Ein 40-Jähriger, der in die PKV wechselt, hat in der Vergangenheit in hohem Maße die Solidargemeinschaft unterstützt, da er bisher i. d. R. kaum Gesundheitsleistungen benötigt hat. Die Zeiten mit höheren Gesundheitsleistungen werden dann in der PKV zurückgelegt.

13. Will die Bundesregierung den laut Koalitionsvertrag angestrebten Wettbewerb im Krankenversicherungswesen auch dadurch fördern, dass für aktive Beamte und/oder Versorgungsempfänger die Möglichkeit eines Arbeitgeberzuschusses vorgesehen oder ein Teilkostentarif in der GKV eingeführt wird und so für diesen Personenkreis die Wahl einer Absicherung in der GKV faktisch überhaupt möglich wird?

    Wenn nein, warum nicht?

Für Beamte besteht seit Jahrzehnten das eigenständige System der Beihilfe in Verbindung mit einer privaten Restkostenversicherung. Dieses eigenständige System außerhalb der GKV trägt dem besonderen Dienst- und Treueverhältnis des Beamten gegenüber seinem Dienstherrn Rechnung. Änderungen sind insoweit nicht beabsichtigt.

14. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse über die Bürokratiebelastung der privat Versicherten durch das in der PKV geltende Verfahren der Kostenerstattung vor, und beabsichtigt sie, diese im Rahmen des von ihr beabsichtigten Bürokratiekostenabbaus durch Einführung der Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherungsunternehmen zu reduzieren?

Entsprechende Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Möglichkeit der Direktabrechnung wurde im Übrigen mit der Reform des VVG vorgesehen (§ 192 Absatz 3 Nummer 5 VVG).

15. Welchen Anteil machen einerseits die Verwaltungskosten an den gesamten Beitragseinnahmen sowie den Leistungsausgaben der GKV (im Durchschnitt sowie höchster und niedrigster Wert) aus, und welchen Anteil an den Prämieneinnahmen sowie den Leistungsausgaben nehmen andererseits die Kosten des Versicherungsvertriebs (Verwaltungs- und Abschlusskosten zusammen) in der PKV in Anspruch (im Durchschnitt sowie höchster und niedrigster Wert)?

In der GKV belief sich im Jahr 2008 (Daten für das Jahr 2009 liegen noch nicht vor) der auf die Beitragseinnahmen bezogene Verwaltungskostenanteil auf 5,4 Prozent (niedrigster Wert: 0,4 Prozent, höchster Wert: 12,5 Prozent). Bezogen auf die Leistungsausgaben machten die Verwaltungskosten 5,5 Prozent aus (niedrigster Wert 0,5 Prozent, höchster Wert: 14,2 Prozent).

Anzumerken ist, dass der Vergleich von Verwaltungskostenanteilen an den Beitragseinnahmen auf Ebene einzelner Kassen nicht aussagekräftig ist: Zum einen haben einige Betriebskrankenkassen ihre Personalkosten nicht selbst zu tragen, was dort die Verwaltungskosten untypisch niedrig ausfallen lässt. Zum anderen war der Anteil der einzelnen Krankenkasse, den sie bis 2008 für Verwaltungsausgaben aufzubringen hatte, entscheidend von der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder (sog. Grundlohn) abhängig. Bei gleich hohen Verwaltungsausgaben je Versichertem musste eine Krankenkasse mit niedrigem Grundlohnniveau ihrer Mitglieder einen höheren Beitragssatzanteil zur Finanzierung dieser Ausgaben erheben als eine Kasse mit hohem Grundlohnniveau.

In der PKV belief sich der Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten zusammen an den Prämieneinnahmen im Geschäftsjahr 2008 der privaten Krankenversicherer, die die Vollversicherung betreiben, im Durchschnitt auf 10,9 Prozent. Der niedrigste Wert betrug 2,4 Prozent, der höchste Wert bei einem jungen Unternehmen 23,1 Prozent.

Der Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten zusammen an den Leistungsausgaben betrug 2008 im Branchenmittel der Unternehmen, die die Vollversicherung betreiben 7,3 Prozent. Der niedrigste Wert betrug 2,7 Prozent, der höchste Wert bei einem jungen Unternehmen 47,6 Prozent.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Anlaufphase eines Unternehmens die Kostenquoten regelmäßig deutlich vom Branchendurchschnitt abweichen.

16. Wie viele Versicherte sind nach letztem bekannten Stand im Standardtarif der PKV versichert?

    Für wie viele dieser Versicherten findet die Beitragsbegrenzung entsprechend GKV-Höchstbeitrag Anwendung?

Ende des Jahres 2008 waren laut Branchenzahlen 36 461 Personen im Standardtarif versichert.

17. Wie viele Versicherte sind nach letztem bekannten Stand im Basistarif der PKV versichert?

    Wie viele Versicherte nehmen die Beitragshalbierung aufgrund von Hilfebedürftigkeit in Anspruch?

Zum 30. September 2009 waren gemäß Branchenzahlen 12 300 Personen im Basistarif versichert.

18. Wie hoch ist der tatsächliche Umverteilungsbedarf durch die Beitragsdeckelung und -halbierung, und in welchem Umfang werden alle PKV-Versicherten insgesamt dadurch tatsächlich belastet?

In die Beiträge der PKV-Versicherten, die das Recht haben, in den Basistarif zu wechseln, ist in der Regel ein Zuschlag in Höhe von 1,2 Prozent des Beitrags einkalkuliert. Die Summe der Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der Beitragsdeckelung und -halbierung über den Risikoausgleich gemäß § 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) auf alle Versicherungsunternehmen verteilt wird, liegt der Bundesregierung nicht vor.

19. Wie viele Versicherte sind innerhalb ihres Versicherers in den Basistarif gewechselt, und wie viele Versicherte sind in den Basistarif eines anderen Versicherers gewechselt?

Zum 30. September 2009 waren gemäß Branchenangaben von den 12 300 Personen im Basistarif 2 700 innerhalb ihres Versicherers, 150 von anderen PKV-Unternehmen und 350 aus der GKV in den Basistarif gewechselt.

20. Wie viele ehemals nicht Versicherte hat die PKV seit 1. Juli 2007 aufgenommen, wie viele davon wurden in den modifizierten Standardtarif bzw. ab 1. Januar 2009 in den Basistarif aufgenommen, und wie viele ehemals nicht Versicherte wurden seit 1. Juli 2007 in andere Tarifen der PKV aufgenommen?

Zum 30. September 2009 waren gemäß Branchenangaben von den 12 300 Personen im Basistarif 9 100 Personen ehemals nicht versichert. Von diesen 9 100 Versicherten waren 4 600 bereits im modifizierten Standardtarif versichert. Wie viele ehemals nicht Versicherte seit dem 1. Juli 2007 in anderen Tarifen der PKV aufgenommen wurden, ist der Bundesregierung nicht bekannt.

21. Wie beabsichtigt die Bundesregierung das Problem der sogenannten Beitragslücke bei hilfebedürftigen Basistarif-Versicherten zu lösen, und bis wann ist mit einem entsprechenden Gesetzgebungsvorschlag zu rechnen?

Die genaue Ausgestaltung der gesetzlichen Änderung zur Lösung des in der Frage genannten Problems wird derzeit noch innerhalb der Bundesregierung abgestimmt. Gleiches gilt für die Frage nach dem hierfür erforderlichen Gesetzgebungsverfahren.

22. Wie hat sich in den letzten Jahren nach Kenntnis der Bundesregierung die (Netto-)Verzinsung der Kapitalanlagen der einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen entwickelt?

    Gibt es Unternehmen, die den gesetzlich verlangten Rechnungszins zuletzt nicht mehr aus der (Netto-)Verzinsung bedienen konnten, und welche waren dies dann?

Laut Statistik der BaFin – Erstversicherungsunternehmen – entwickelte sich die Nettoverzinsung der PKV-Branche in den letzten Jahren wie folgt:

	2008	2007	2006
Nettoverzinsung	3,5 %	4,8 %	4,8 %

Der Rückgang in 2008 war auf höhere Abschreibungen auf Kapitalanlagen bedingt durch die Finanzmarktkrise zurückzuführen.

Es gab Krankenversicherer, die im Jahr 2008 die rechnungsmäßige Verzinsung der Alterungsrückstellung nicht aus dem Ergebnis der Kapitalanlagen erwirtschaften konnten. Die Anzahl liegt im einstelligen Bereich. Es standen jedoch ausreichend andere Überschussquellen wie der Sicherheitszuschlag zur Verfügung, um die Zuführung zu den Alterungsrückstellungen zu gewährleisten. Angaben zu einzelnen Unternehmen unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 84 VAG.

23. Welche Unternehmen der PKV hatten im Jahr 2008 in welchem Umfang Kapital bei den Landesbanken, der Hypo Real Estate Bank (HRE) oder anderen Instituten angelegt?

Angaben zu einzelnen Krankenversicherungsunternehmen unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 84 VAG.

24. In welchem Umfang hat sich die PKV oder ggf. die Versicherungswirtschaft insgesamt an den Garantien zur Rettung der HRE beteiligt?

Die Versicherungswirtschaft hat sich an der Rückgarantie für die Ausfallbürgschaft des Bundes gegenüber der HRE beteiligt. Die Rückgarantie hatte insgesamt ein Volumen von 8,5 Mrd. Euro. Eine Angabe der Beteiligungshöhe der einzelnen Rückgaranten ist aufgrund vereinbarter Vertraulichkeit nicht möglich.

25. Hält die Bundesregierung die Kontrolle der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherer durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) für ausreichend, oder plant sie hier Änderungen, und wenn ja, welche?

Die Kontrolle der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherer durch die BaFin hat sich auch in der aktuellen Finanzkrise grundsätzlich als ausreichend erwiesen. Im Lichte der Marktentwicklungen ist für die Aufsicht jedoch ein neuer regulatorischer Rahmen erforderlich, der durch die am 25. November 2009 verabschiedete europäische Richtlinie betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und der Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II) eingeführt wird. Damit wird – auch unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Finanzkrise – ein risikobasierter Ansatz verfolgt, der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen Anreize für die richtige Messung und Handhabung von Risiken bietet. Einzelne Regelungen der Richtlinie wurden bereits durch das

Neunte Gesetz zur Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes vom 23. Dezember 2007 umgesetzt. Im Übrigen ist die Richtlinie bis Ende 2012 in deutsches Recht umzusetzen.

26. Wie viele Beschäftigte der BaFin widmen sich derzeit der Wahrnehmung von Verbraucherschutzinteressen der privat Krankenversicherten?

    Wie viele Beschäftigte waren dies vor fünf bzw. vor zehn Jahren?

Derzeit widmen sich in vier Referaten ca. 25 Beschäftigte der Aufsicht über private Krankenversicherer und dabei auch der Wahrnehmung von Verbraucherschutzinteressen. In den letzten fünf bzw. zehn Jahren haben sich keine wesentlichen Änderungen ergeben.

27. Wie viele privat Versicherte haben sich bei der BaFin wegen Beitragserhöhungen ihrer Versicherer beschwert (bitte jährlich seit 2000 auflisten)?

Die BaFin hat folgende Beschwerden zur Sparte Krankenversicherung mit dem Beschwerdegrund „Beitragsänderungen, Prämienanpassungen“ erfasst:

Jahr	Anzahl
2003	712
2004	690
2005	511
2006	288
2007	206
2008	241
2009	305

Zahlen aus den Jahren vor 2003 sind aus technischen Gründen (IT-Systemwechsel) nicht verfügbar.

28. Welche Möglichkeiten hat die BaFin, zu prüfen, ob Beitragserhöhungen von privaten Krankenversicherungen berechtigt sind oder nicht?

    Hat sie von diesen Möglichkeiten in den letzten Jahren Gebrauch gemacht?

    Wie viele Beanstandungen gab es in den vergangenen Jahren (bitte jährlich seit 2000 auflisten)?

Die BaFin prüft, ob Beitragsanpassungen berechtigt sind. Folgende Quellen stehen der BaFin für die Prüfung zur Verfügung:

- jährlich vorzulegende Gegenüberstellung von erforderlichen und kalkulierten Versicherungsleistungen (§ 12b Absatz 2 Satz 2 VAG), von deren Ergebnis abhängt, ob eine Beitragsanpassung zulässig ist,
- Grundsätze für die Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen (gemäß § 13d Nummer 8 VAG bei jeder Änderung vorzulegen),
- Beschwerden von Versicherungsnehmern über Beitragserhöhungen,
- örtliche Prüfungen bei den Versicherungsunternehmen.

Alle genannten Quellen nutzt die BaFin, um Beitragsberechnungen zu überprüfen.

Seit dem Jahr 2000 hat es immer wieder Beanstandungen der BaFin gegeben, die aber statistisch nicht erfasst wurden.

29. Werden aus Sicht der Bundesregierung die Verbraucherinteressen privat Versicherter angemessen gewahrt, wenn private Krankenversicherungsunternehmen Beitragserhöhungen ausschließlich von einem unabhängigen Treuhänder genehmigen lassen müssen?

In der Krankenversicherung ist die ordentliche Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer grundsätzlich ausgeschlossen. Ändern sich die für die Kalkulation maßgebenden Rechnungsgrundlagen oder die Verhältnisse des Gesundheitswesens, wird die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung gestört. Da der Versicherer sich in diesem Fall nicht von dem Vertrag lösen kann, muss er die Möglichkeit haben, die Äquivalenz durch einseitige Anpassung der Prämie oder der Versicherungsbedingungen wieder herzustellen. Die gesetzliche Anpassungsmöglichkeit nach § 203 VVG ist daher das zwingend notwendige Korrektiv für den gesetzlichen oder vertraglichen Ausschluss des Kündigungsrechts.

Ausmaß und Höhe der Prämienanpassung dürfen nicht im Belieben des Versicherers stehen. Deshalb war die Prämienanpassung bis 1994 an die Genehmigung der Aufsichtsbehörde gebunden. Auf Grund europäischen Gemeinschaftsrechts musste diese Genehmigungspflicht fortfallen. An ihre Stelle trat für die Überprüfung der Prämienanpassung der unabhängige Treuhänder (§ 203 Absatz 2 VVG, § 12b Absatz 1 bis 4 VAG).

Die geltende Treuhänderregelung ist auf die besonderen Belange der Krankenversicherung zugeschnitten; sie ist sachgerecht und hat sich in der Praxis bewährt. Für Bestellung und Verfahren des Treuhänders gibt es eingespielte Regelungen, die ein hohes Maß an fachlich qualifizierter Tätigkeit und Unabhängigkeit sicherstellen. Die Zustimmung des Treuhänders schließt die gerichtliche Kontrolle der Prämienanpassung nicht aus.

Die Zweckmäßigkeit der Institution des Treuhänders wurde von der durch das Bundesministerium der Justiz eingesetzten Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts gründlich überprüft und in ihrem Abschlussbericht vom 19. April 2004 uneingeschränkt bestätigt.

30. Hält die Bundesregierung die Wahrnehmung von Verbraucherschutzbelangen der Versicherten durch die BaFin für ausreichend, oder plant sie hier Änderungen, und wenn ja, welche?

Die Belange der Versicherten sind durch die BaFin bisher insgesamt sehr intensiv und erfolgreich wahrgenommen worden, wie sich u. a. daran gezeigt hat, dass die Versicherten deutscher Versicherer durch die Finanzmarktkrise der letzten Jahre praktisch keine Verluste erlitten haben. Eine grundsätzliche Änderung des Ansatzes im Bereich der Versicherungsaufsicht ist daher aus Sicht der Bundesregierung nicht erforderlich. Aufgrund der im Koalitionsvertrag angekündigten Änderungen im Bereich der Bankenaufsicht kann es möglicherweise auch im Bereich der sonstigen Finanzaufsicht zu Änderungen kommen. Insoweit sind die Überlegungen jedoch noch nicht abgeschlossen. Die Bundesregierung misst der Verbesserung des Anleger- und Verbraucherschutzes im Finanzmarktbereich insgesamt große Bedeutung zu. Der Koalitionsvertrag sieht entsprechend eine Reihe von Festlegungen und Maßnahmen vor, die selbstverständlich auch in die

Überlegungen der Bundesregierung zur Neuordnung der Finanzaufsicht einfließen.

31. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung zur Schaffung von mehr Wettbewerb innerhalb der PKV?

Nach einem Beschluss des Deutschen Bundestages vom 2. Februar 2007 hat die Bundesregierung die Wirkungen der mit der schrittweisen Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen im Umfang des neuen Basistarifs verbundenen Ausweitung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten der privaten Krankenversicherten nach einem angemessenen Zeitraum zu evaluieren (Bundestagsdrucksache 16/4220). Diese Auswertung bleibt abzuwarten.

32. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Rechte der privat Versicherten hinsichtlich eines Wechsels innerhalb der PKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen zu stärken?

Auf die Antwort zu Frage 31 wird verwiesen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333